

NORME DELLA REGIONE PIEMONTE IN MERITO AL SERVIZIO DI OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO

Come più volte abbiamo segnalato in questa rivista, dal 1985 funziona ininterrottamente il servizio di ospedalizzazione a domicilio (1), istituito su iniziativa del compianto professore Fabrizio Fabris, direttore dell'Istituto di geriatria e gerontologia dell'Università di Torino, e del Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base). Il servizio, gestito dall'Azienda ospedaliera-universitaria San Giovanni Battista della Città di Torino, ha finora curato a titolo gratuito oltre 10mila persone spesso gravemente colpite da patologie assai complesse.

Alla luce delle positive esperienze conseguite da detto servizio, la Giunta della Regione Piemonte ha approvato in data 16 marzo 2010 la delibera n. 85-

(1) Su *Prospettive assistenziali* sono stati pubblicati i seguenti articoli: Luigi Pernigotti, "L'ospedalizzazione a domicilio. Primo bilancio di una esperienza positiva", n. 79, 1987; "Proposta di legge regionale sulla ospedalizzazione a domicilio", n. 85, 1989; "Proposta di legge regionale di iniziativa popolare: riordino degli interventi sanitari a favore degli anziani malati non autosufficienti e realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali", n. 90, 1990; "Testo della proposta di legge di iniziativa popolare per la Regione Piemonte: riordino degli interventi sanitari a favore degli anziani malati non autosufficienti e realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali", n. 92, 1990; "Ospedalizzazione a domicilio e assistenza domiciliare integrata", n. 94, 1991; Argianna Mazzotti "L'ospedalizzazione a domicilio: un servizio da sviluppare", n. 95, 1991; "Istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio: una proposta di legge regionale", n. 96, 1991; "Proposta di legge sull'ospedalizzazione a domicilio presentata alla Camera dei Deputati", n. 99, 1992; "Proposta di legge sull'ospedalizzazione a domicilio", n. 100, 1992; "Proposta di unificazione dell'assistenza domiciliare integrata e dell'ospedalizzazione a domicilio", n. 107, 1994; Nicoletta Aimonino Riccauda, "L'ospedalizzazione a domicilio a Torino compie due anni" e "Legge della Regione Umbria sull'ospedalizzazione a domicilio", n. 111, 1995; "Decalogo delle cure domiciliari", n. 112, 1995; "Due iniziative a favore delle cure sanitarie domiciliari", n. 113, 1996; Renata Frencia, "L'ospedalizzazione a domicilio: un servizio molto utile", n. 114, 1996; AA.VV., "Ospedalizzazione a domicilio del paziente colpito da ictus cerebrale", n. 115, 1996; "Una importante delibera regionale sulle cure sanitarie domiciliari", n. 120, 1997; Regis Patte, "L'ospedalizzazione a domicilio di Parigi", n. 122, 1998; Marilena Boscarini, "Lo stress di chi assiste un familiare malato di Alzheimer" e "Proposta di delibera sul volontariato intrafamiliare", n. 123, 1998; "Seconda proposta di delibera sul volontariato intrafamiliare rivolto ai congiunti dei colpiti da malattie invalidanti e da non autosufficienza", n. 124, 1998; "Proposta di legge di iniziativa popolare per la Regione Lombardia: riordino degli interventi sanitari a favore degli anziani malati cronici non autosufficienti e di tutte le persone affette da patologie ad alto rischio invalidante", n. 133, 2001; Antonella Barone, Alberto Cella ed Ernesto Palummeri, "La spedalizzazione territoriale a Genova: sperimentazione di una nuova forma di cure domiciliari", n. 136, 2001; "Bozza di proposta di legge sulle cure sanitarie domiciliari", n. 140, 2002; AA.VV., "L'ospedalizzazione a domicilio: un servizio 'ponte' tra ospedale e territorio", n. 141, 2003; "Cure sanitarie domiciliari: una proposta di legge presentata alla Regione Piemonte", n. 152, 2005; "Una petizione popolare per richiedere

13580 (2) in cui viene confermato che «*si definisce attività di ospedalizzazione presso il domicilio l'organizzazione di attività assistenziali di tipo sanitario che assicurano la cura di pazienti in fase ancora acuta in una fase di continuità assistenziale trattabili presso la residenza con supporto infermieristico e medico specialistico e la presa in carico da parte di unità operativa di presidio ospedaliero. Si tratta per esempio di pazienti da trattare con scompenso cardiaco in fase acuta, riacutizzazione di broncopneumopatie croniche ostruttive, ictus ischemici non complicati, infezioni respiratorie e/o urinarie, scompensi glicometabolici, o per altre patologie di analogo complessità assistenziale. Tale presa in carico comporta l'assunzione della responsabilità clinica del paziente nel periodo in trattamento da parte dell'unità operativa ospedaliera che dovrà garantire, oltre che l'assistenza infermieristica giornaliera, anche l'assistenza medica specialistica necessaria e la contattabilità dello specialista presso il presidio durante tutto l'arco della settimana*».

Per quanto concerne gli utenti del servizio di ospedalizzazione a domicilio «*possono essere presi in carico pazienti residenti in Piemonte in dimissione dall'ospedale, sia dal pronto soccorso che da un reparto di ricovero, il cui domicilio sia raggiungibile entro 30 minuti di percorso dall'ospedale con mezzi di servizio*», con la precisazione che «*i pazienti devono essere ancora in fase acuta della malattia (e quindi si tratta di attività di postacuzie che segue altri percorsi assistenziali) ma assistibili presso il domicilio non abbisognando dell'uso di tecnologie complesse dedicate e per i quali esiste il consenso a tale trattamento sia da parte del paziente che della famiglia o altro caregiver*».

La delibera prevede altresì che «*l'ospedale deve essere in grado di assicurare quanto necessario per tale tipologia di assistenza e pertanto dovrà avere le seguenti caratteristiche:*

- *attività di assistenza per acuti con la presenza*

idonei provvedimenti sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a favore dei soggetti deboli del Piemonte», n. 153, 2006; "Anziani cronici non autosufficienti: delibera della Regione Piemonte sulle cure domiciliari e relativi contributi economici", n. 166, 2009; "Valida delibera della Regione Piemonte sulle cure sanitarie domiciliari rivolte ai soggetti in età evolutiva", n. 167, 2009.

(2) La delibera in oggetto definisce altresì l'"Assistenza integrativa ospedaliera" i cui pazienti sono presi in carico dai servizi territoriali «*con la piena responsabilizzazione dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta, ma con un'assistenza specialistica resa dalla struttura ospedaliera*».

almeno delle seguenti discipline di area medica: medicina generale, cardiologia, neurologia e di quelle di oncologia, pneumologia, ematologia, pediatria, geriatria, recupero e riabilitazione funzionale nel caso di trattamenti caratteristici di tali discipline e di quelle di chirurgia generale e di anestesia e rianimazione;

- presenza dei principali servizi di diagnosi quali radiologia, laboratorio analisi, anatomia patologica, servizio immunotrasfusionale (con la possibilità di eseguire prelievi e semplice diagnostica a domicilio);

- possibilità di trasporto del malato anche con autoambulanza del presidio per eventuali necessità di diagnostica complessa;

- possibilità di organizzare dei servizi di assistenza domiciliare infermieristica e medica e del trasporto di farmaci e materiale sanitario a carico dell'ospedale compresa la fornitura di farmaci ed emoderivati in urgenza tutti i giorni, compresi i festivi;

- disponibilità di personale numericamente adeguato e di accertata competenza professionale con presenza di un team dedicato (medico + infermiere) responsabile della valutazione del paziente e del suo caregiver al fine di analizzare le possibilità di attivazione del servizio e di fornire all'utenza informazioni sul servizio: durante l'attività di ospedalizzazione presso il domicilio devono essere garantiti almeno un accesso infermieristico e/o di altro operatore professionale sanitario al giorno e un accesso di medico dirigente (quest'ultimo anche senza considerare il sabato e i giorni festivi);

- disponibilità di un adeguato equipaggiamento per gli operatori: divise, borse per materiale sanitario, borse per trasporto di materiale biologico e dei necessari mezzi di servizio».

Viene inoltre stabilito quanto segue:

a) «per l'organizzazione del servizio il presidio ospedaliero dovrà garantire una copertura attiva minima medico-infermieristica di 12 ore (dalle 8 alle 20) anche per permettere interventi in emergenza entro 30 minuti. Per la notte è necessaria la reperibilità medica e si deve stabilire un protocollo d'intesa con il Servizio regionale di emergenza "118" circa l'assistenza dei pazienti che debbano essere trattati urgentemente dalla unità operativa di riferimento»;

b) «l'attivazione del servizio dovrà avvenire in modo da garantire la prosecuzione delle cure senza interruzioni nel processo di continuità assistenziale ospedale/territorio»;

c) «prima di iniziare tale tipo di assistenza è necessario che l'unità operativa ospedaliera accerti che vi siano anche le condizioni strutturali e

ambientali per l'attivazione del servizio dandone formale comunicazione alla direzione del presidio ospedaliero di riferimento e che sia acquisito il consenso informato del paziente o del suo tutore»;

d) «al paziente deve essere fornito quanto necessario (recapiti telefonici, ecc.) per una repentina contattabilità dell'unità operativa o del personale medico di supporto per il periodo non coperto dal servizio attivo dei medici che collaborano all'assistenza domiciliare oltre che la documentazione scritta del tipo di assistenza che deve essere garantita, orari e qualità delle terapie da eseguire nonché le modalità specifiche di comunicazione col 118, previo accordo con lo stesso servizio»;

e) «durante il periodo di assistenza domiciliare dovrà essere tenuta apposita cartella clinica sotto la responsabilità dell'unità operativa ospedaliera con modalità analoghe a quelle dei ricoveri ospedalieri. Di tale cartella dovrà essere conservata sempre copia presso il domicilio del paziente»;

f) «l'assistenza al paziente deve comprendere l'esecuzione a domicilio di molteplici prestazioni, dalle più semplici quali prelievi ematici, medicazioni, esecuzioni di Ecg, a quelle più complesse quale posizionamento di cateteri vescicali, trattamento chirurgico di piaghe da decubito, gestione di cannule venose centrali e posizionamento di cateteri venosi, terapie infusionali complesse comprese infusioni di sangue ed emoderivati e di farmaci citostatici (previa preparazione delle soluzioni in ambiente protetto), esecuzione di paracentesi e di salassi, posizionamento di sondini naso-gastrici e di strumenti tipo Holter per il monitoraggio pressorio e cardiaco, esecuzione di ecografie internistiche, ecocardiografie, ecodopler venosi ed arteriosi ed esami radiografici in relazione alla disponibilità delle necessarie apparecchiature e di personale adeguatamente preparato. Nell'organizzazione delle attività va prevista la possibilità di effettuare esami ematochimici in urgenza tutti i giorni, compresi i festivi, con prelievo da parte del personale dell'unità operativa di riferimento e restituzione del referto con la tempestività prevista per i casi di urgenza del presidio ospedaliero»;

g) «il ricovero di ospedalizzazione a domicilio deve avere breve durata, con una media massima di 15 giorni e comunque non superiore a 30 giorni».

Per quanto concerne le tariffe esse sono indicate in euro 145-165 al giorno a seconda delle prestazioni erogate. Nelle tariffe sono compresi tutti gli interventi, il materiale sanitario e i presidi utilizzati, la diagnostica e gli eventuali trasporti da e per l'ospedale di riferimento, ma non sono compresi i farmaci.